



# Industrie hospitalière : les conséquences des réformes en ex-RDA

Irina Peaucelle

## ► To cite this version:

Irina Peaucelle. Industrie hospitalière : les conséquences des réformes en ex-RDA. 2006. halshs-00590398

**HAL Id: halshs-00590398**

**<https://shs.hal.science/halshs-00590398>**

Preprint submitted on 3 May 2011

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



## **PARIS-JOURDAN SCIENCES ECONOMIQUES**

48, Bd JOURDAN – E.N.S. – 75014 PARIS  
TEL. : 33(0) 1 43 13 63 00 – FAX : 33 (0) 1 43 13 63 10  
[www.pse.ens.fr](http://www.pse.ens.fr)

### **WORKING PAPER N° 2006 - 31**

## **Industrie hospitalière : les conséquences des réformes en ex-RDA**

**Irina Peaucelle**

**Codes JEL : I12, I18, P36**

**Mots-clés : économie de la santé, production,  
régulation, institutions socialistes et leurs  
transformations**

# Industrie hospitalière : les conséquences des réformes en ex-RDA

**Irina Peaucelle<sup>12</sup>**

PSE - Paris-Jourdan Sciences Economiques  
(UMR :CNRS-EHESS-ENPC-ENS), Paris

## **Résumé**

Ce texte fait le point sur l'évolution du secteur hospitalier en Allemagne depuis 1990, selon trois cibles d'analyse. D'abord, sont examinés les raisons des réformes. Pour le faire, l'hôpital est placé dans l'offre des soins et dans la structuration des espaces industriels régionaux, appelés «professionnels» ou «l'économie basée sur la connaissance». Puis, l'applicabilité de la théorie économique de santé à la politique médicale est analysée pour évoquer la succession des réformes sur le territoire de l'ex-RDA, les réformes de la convergence, celles qui remédient à des détériorations démographiques et celles qui sont provoquées par l'évolution de la situation économique générale dans la RFA.

## **Abstract**

The paper reports on the evolution of the hospital industry in Germany according to three targets of analysis: first, I examine the reasons of the reforms; for that, I position the hospital in the offer of care and in the structuring the regional industrial spaces of Germany, called "professional" or "based on the knowledge" economy. Then I find out the applicability of the health economy improvements into the medical policy: I evoke the succession of the reforms in Germany and in particular on the territory of ex-GDR i.e. the reforms of convergence, those which remedy current demographic deteriorations, and those which are impelled by the evolution of economic situation.

JEL : I12: Health production, I18: Government policy, Regulation, P36: Socialist Institutions and their transitions: Health

---

<sup>1</sup> Mes remerciements les plus chaleureux à Dr. Ursulla Discher - directeur de l'hôpital Evangelisches Krankenhais Paul-Gerhardt Stiftung - pour la collaboration active dans le Contrat TACIS n° T95-4122-R en 1997-1998, puis pour les informations et les discussions à la fin de l'année 2005. Les points de vues exprimés dans ce texte n'engagent que son auteur.

<sup>2</sup> CEPREMAP, 142 rue du Chevaleret, 75013 Paris, France  
Tel : 33.1.40.77.84.09  
e-mail : peaucelle@pse.ens.fr

# Industrie hospitalière : les conséquences des réformes en ex-RDA

« Les hôpitaux sont en quelque sorte la mesure de la civilisation d'un peuple »

Jacques-René Tonon (1724-1816), chirurgien

## INTRODUCTION

Le système de soins en RDA s'est constitué après la seconde guerre mondiale à partir des travaux d'une soixantaine d'experts réunis par les autorités soviétiques. Ce comité d'experts se référait principalement aux traditions d'hygiène sociale du système de santé de la république de Weimar, ainsi qu'aux systèmes « Beveridgeiennes » de sécurité sociale du Royaume Uni, de la Suède et surtout à celui de N.A. Semachko en URSS. Le personnel du secteur de la santé était employé par l'État. A part les hôpitaux les services médicaux étaient dispensés par des centres (appelés « polycliniques ») regroupant des généralistes, des spécialistes, des laboratoires, et d'autres activités médicales répartis territorialement, ou basés dans des entreprises. En plus des établissements de soins stationnaires et ambulatoires, l'Etat octroyait les crèches, les maisons de repos, les sanatoriums, et construisait des logements sociaux, ce qui favorisait l'accroissement du taux d'activité de la population. Le service étatique de santé assurait une couverture universelle pour l'ensemble de la population. La Constitution de la RDA (article 35) précisait que la protection de la santé était un objectif d'État.

En comparaison avec la population des Länder de l'Ouest, la population de la RDA était en meilleure santé jusqu'aux années 1960, et pour les hommes jusqu'aux années 1970, si on utilise l'indicateur d'espérance de vie à la naissance comme critère de santé. Elle était de 65,1 ans pour les hommes et 69,1 ans pour les femmes, contre respectivement 64,6 ans et 68,5 ans en RFA (Busse & Riesberg (2004) p.10.).

Après la réunification des deux Allemagnes, la priorité est donnée à l'uniformisation du système de santé par le passage rapide à la législation des « anciens » Länder. La Constitution de la RFA (Loi Fondamentale) stipule que le standard de vie doit être égal dans tous les Länder, mais elle ne mentionne pas explicitement la santé. La sécurité sociale en RFA n'assure la couverture qu'à 88% de la population.

Après que le système de santé des « nouveaux » Länder eût assimilé la nouvelle législation, les 16 Länder ont entrepris ensemble les transformations qui sont toujours en cours. Ces transformations témoignent de la recherche de politiques qui amélioreraient la perception, l'analyse, et surtout le contrôle des dépenses. Les dépenses publiques de santé en Allemagne représentent 78,5% de l'ensemble des dépenses publiques (en 2002) et atteignent le niveau le plus élevé en Europe : 10,9% du PIB (en 2004).

Les hôpitaux appartenants au secteur d'intensité technologique supérieure sont considérés avec une attention particulière dans l'économie politique, car ils sont appelés à jouer un rôle nouveau dans la structuration des espaces de la société allemande, dite « professionnelle » ou « basée sur le savoir ».

Je commence par situer le contexte dans lequel l'industrie hospitalière s'est développée, celui de la demande de la santé par la population en crise d'identité et celui de l'offre de ses services sur la nouvelle base assurancielle et concurrentielle. La deuxième section s'intéresse aux étapes de transformation du système hospitalier et aux quelques conséquences économiques et médicales de ses transformations.

Au passage je fais références aux enseignements des changements législatifs dans le domaine hospitalier sur les exemples du Land de l'Est de l'Allemagne Saxe-Anhalt et d'un des hôpitaux sur son territoire - fondation Evangelisches Krankenhais Paul-Gerhardt Stiftung Paul Gerhardt à Wittenberg-Luthershtadt (par la suite, hôpital Paul Gerhardt).

## 1. LA PLACE DE L'HOPITAL DANS L'OFFRE DE SOINS ET DANS L'ECONOMIE D'UNE REGION

Dans la majorité des pays de l'OCDE, la part du budget de la santé attribuée aux hôpitaux est prépondérante. Ce n'est pas le cas en RFA, où la part des hôpitaux représente 39% de ce budget. Mais si l'on convertit ce pourcentage en chiffre absolu, le montant s'avère important, de l'ordre de 1099 US\$ par tête d'habitant (en 2002). Le secteur hospitalier emploie 1,8 million de personnes ; ce qui représentait 4,5 % de la population active en 2004. Les médecins occupent 12 % des emplois hospitaliers. En 2002, il y avait 2221 hôpitaux avec une capacité de 6,7 lits pour 1000 habitants en moyenne.

La particularité du système de santé de la RFA réside en une distinction radicale entre les soins ambulatoires et les soins hospitaliers. Le secteur ambulatoire y est très important. Il offre pratiquement toute la gamme de soins, assurée par des spécialistes. En RDA les soins ambulatoires ont été prodigués par les polycliniques, qui jouaient à la fois la fonction d'hospitalisation de jour et de consultations de spécialistes. Les médecins assuraient la garde, le service des urgences à temps partiel et le suivi de leurs patients de ville durant l'hospitalisation, afin de les accompagner dans les parcours de soins. Après la réunification, les polycliniques ont dues disparaître pour cause d'harmonisation de pratique de services de soins. Depuis, les services ambulatoires sont mal assurés dans les Etats de l'Est car les médecins libéraux n'ont pas cherché à remplir le vacuum créé par le démantèlement du système antérieur surtout dans les zones rurales. Actuellement, on assiste partout en RFA à la constitution du système ambulatoire proche de celui de RDA. Toutefois le personnel y aurait un autre statut : il sera mi-libéral, mi-hospitalier.

Un Land allemand peut avoir plusieurs hôpitaux d'importance régionale, chacun se cantonnant à des types de maladies distincts. Pourtant, même les hôpitaux du district peuvent avoir plusieurs équipes de chirurgiens, spécialisés selon les principaux profils (par exemple : endocrinologie, gastro-intestinal, cardio-vasculaire). Dans leur mission de soins, les hôpitaux se spécialisent selon les cartes de morbidité des régions. Le nombre de patients nécessaire pour l'ouverture d'un département spécialisé dépend de la fréquence des pathologies dans la population historiquement quantifiée. De même, un hôpital cherche à accroître ses capacités médico-techniques indispensables pour attirer les patients, mais légalement il ne peut pas faire la course en s'équipant de matériel de plus en plus sophistiqué.

Par exemple, en pratique médicale, il existe un nouveau type de tomographe que l'hôpital Paul Gerhardt aurait voulu mettre sur sa liste de présentation. Pour avoir le droit de l'utiliser, il aurait fallu démontrer
---

---

<sup>6</sup> Par exemple, en Saxe-Anhalt, en 2006, le premier ministre du gouvernement est médecin.

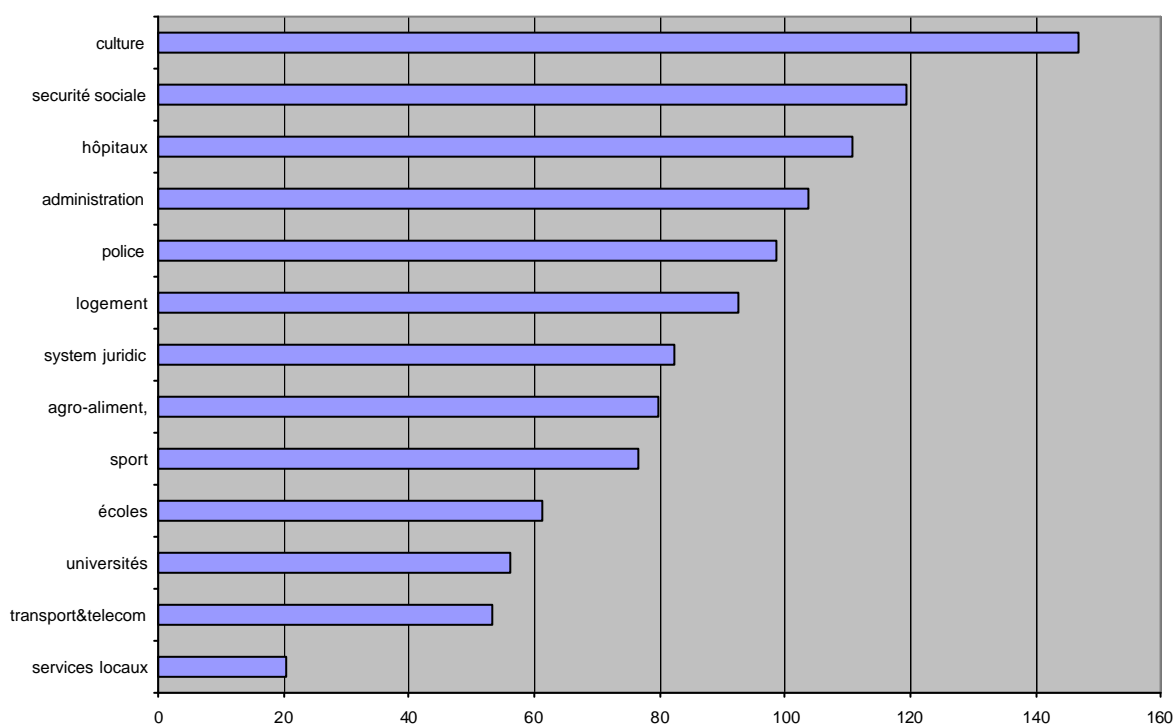
l'existence de 1000 patients potentiels, nécessitant du matériel. L'hôpital n'a pas de telles ampleurs de demande et seules les cliniques universitaires les utilisent et principalement pour les patients privés, car les caisses maladie ne prennent pas en charge les analyses faites avec ce type de tomographe.

Les cliniques universitaires à nombre réduit sont des pôles de haute technicité. Leur principale fonction est le traitement des états aigus des maladies, mais elles pratiquent aussi l'enseignement et la recherche.

Les soins palliatifs et l'accompagnement des personnes en fin de vie modifient l'objectif principal de l'hôpital, qui est le traitement.

Les programmes d'investissement public dans les Länder de l'Est sont structurellement différents de ceux des « anciens » Länder, comme le montre le graphique suivant (voir graphique 1). En effet, les fonds publics octroyés à l'Est à la culture, aux hôpitaux et à la sécurité sociale sont les postes les plus importants comparé à la place de ces postes dans la structure de dépenses à l'Ouest.

Graphique 1 La structure d'utilisation du capital fixe public dans les Länder de l'Est en pourcentage de la structure de l'Ouest.



Source : Davies, S., Hallet, M. (2001)

La politique hospitalière est formulée par les gouvernements des Länder, les caisses (c'est-à-dire les fonds) de maladies et par les hôpitaux eux-mêmes, qui sont responsables et autonomes. Les investissements en capital proviennent du Land, tandis que les frais d'exploitation sont couverts par les caisses de maladie sur la base de conventions sur les tarifs de soins. Les conventions font référence aux tarifs de soins décidés au niveau fédéral. Dans chaque Land la santé est financée par les Ministères de la Santé, de la Défense, de

l'Intérieur, de l'Éducation et de la Recherche. Les ministères remplissent leurs obligations différemment selon les Länder. Les ministères de l'Éducation et de la Recherche, par exemple, ont pour habitude de se charger d'assurer la recherche et l'enseignement dans les cliniques universitaires.

L'hôpital planifie et régule son activité lui-même, c'est-à-dire qu'il gère l'embauche et le licenciement, la formation permanente, choisit sa spécialisation et les technologies à mettre en œuvre.

Par exemple, l'hôpital Paul Gerhardt à Wittenberg a réalisé d'importants travaux de constructions et de grandes réparations dans les années qui ont suivi la réunification grâce aux décisions prises par le ministère du Travail, de la Solidarité sociale et médicale du Land. C'est le gouvernement du Land qui donne son accord pour les achats d'équipements lourds (type tomographes), tandis que l'achat d'autres produits est toujours décidé par la direction de l'hôpital. Ce sont les médecins qui font les demandes pour les technologies en avançant tels ou tels critères de préférence : standards mondiaux, méthodes d'utilisation, efficacité du traitement. Il faut noter que dans le choix de nouvelle technologie, l'hôpital Paul Gerhardt n'est aucunement guidé par le souci d'avantager le producteur d'origine de Saxe-Anhalt, sur le territoire duquel il exerce.

L'hôpital Paul Gerhardt a complètement extériorisé la logistique (laverie, buanderie) et a l'intention d'extérioriser ou de privatiser d'autres services, tels le laboratoire du département de physiothérapie et son *spa* qui font actuellement partie de l'hôpital. Une autre politique de cet hôpital, la création de ce qu'on appelle les services partagés. Par exemple, sa pharmacie fournit des services aux trois hôpitaux du Land. Une entreprise «Ltd» de nettoyage et de restauration s'est adossée à la fondation Paul Gerhardt. Elle a signé un contrat pour effectuer les services au profit de l'hôpital et des trois hospices pour les personnes âgées. 120 personnes, souvent à temps partiel, y sont employées. La fondation loue ses locaux à l'entreprise, et le directeur de l'entreprise est le directeur de l'hôpital. L'hôpital détient 51 % du capital de l'entreprise et les 49 % restant appartiennent aux personnes privées.

Les hôpitaux symbolisent la prospérité de la région, attirent les entreprises, les investissements, et active la migration. Dans les Länder de l'Est, la population active est relativement plus qualifiée que celle de l'Ouest, et puisque les services hospitaliers sont fortement intensifs en travail, leur activité est spécialement considérée par les politiques. Les dépenses consacrées au personnel en salaires, directs et indirects, représentent plus des deux tiers du budget, même dans les services de haute technicité médicale. L'organisation et la spécialisation dépendent des contraintes extérieures en terme de formation des spécialités médicales et de leur disponibilité, ainsi que de la gestion des flux migratoires.

Beaucoup d'entreprises industrielles à l'Est n'ont pas pu survivre dans l'économie concurrentielle après la réunification. Les personnes les plus qualifiées partent vers les « anciens » Länder cherchant à améliorer leur niveau de vie et leurs conditions de travail. Les mêmes catégories de personnes des « anciens » Länder s'implantent à l'Est accédant grâce ce type de « délocalisation individuelle » aux postes de responsabilité qu'ils n'auraient pas s'ils restaient sur place.

A titre d'exemple, en 1998, le Land Saxe-Anhalt a connu les mouvements migratoires suivants (pour 1000 personnes) :

Départ vers :			Arrivée de :			Migration nette avec :			Migration nette à l'étranger	Migration nette	Migration nette en % population
anciens Länder	autres Länder de l'Est	Berlin	anciens Länder	autres Länder de l'Est	Berlin	anciens Länder	autres Länder de l'Est	Berlin			
27,6	11,2	2,7	16,6	9,8	1,7	-11,0	-1,4	-1,0	-0,3	-13,7	-0,51

La migration nette est relativement faible, malgré l'aggravation de la situation de l'emploi dans cette région. Certains économistes expliquent ce phénomène par l'effet non incitatif pour la recherche d'emploi et pour la migration, de la politique initiée par le Pacte de solidarité, en effet, la population de l'Est bénéficie d'allocations et de contributions considérables. Par exemple, en 2000, l'ensemble des allocations pour l'ex-RDA, représentaient, 5,1 % du PIB de ces régions, et pour toute l'Allemagne, seulement 0,84 % du PIB.

Grâce à leurs plateaux techniques et à leurs missions d'enseignement et de recherche, les hôpitaux s'intègrent au secteur scientifiquement intensif. A l'Est on cherche à utiliser les compétences existantes pour créer les pôles de recherche et d'innovation en suivant l'exemple de Tuttlingen, une petite ville du land Baden-Württemberg, où on trouve la plus grande densité de PME en techniques médicales au monde.

Un hôpital regroupe une grande quantité de professions et élabore toujours des relations de travail originales et des règles de fonctionnement particulières. En Allemagne, l'emploi à temps partiel dans le secteur hospitalier représente 37 % de l'emploi. Depuis 1997, le nombre de personnes employées reste stable, mais l'emploi à temps partiel progresse, et plus vite que dans les autres secteurs de l'économie. La structure d'emploi dans l'industrie hospitalière a changé entre 1991 et 2002 en faveur des professions plus qualifiées : le personnel technique et d'entretien diminue de 28 %, principalement sous l'effet de la sous-traitance de ces activités ; la part des médecins a cru de 13%, et celle des infirmières de 6 %. Le contingent de techniciens médicaux se renforce de 9 % et les emplois de services spécialisés en gestion ont augmenté de 11 %.

Les médecins des hôpitaux ont un haut statut social et, dans certains Länder, une influence politique dominante<sup>6</sup>. Sous l'influence des « nouveaux » Länder, où les femmes médecins sont très nombreuses (50,4 % de médecins, et 43 % de médecins hospitaliers en 1995, contre respectivement 34,6 % et 33,6 % dans les « anciens » Länder), la féminisation de la profession s'étend à l'ensemble du pays. En 2004, la part de médecins femmes était de 41 % avec 38,7 % de médecins femmes dans les hôpitaux (calculé, source : *The federal health monitoring system*, Number of physicians registretred with the medical councils).

## 2. DE LA THEORIE ECONOMIQUE DE SANTE A LA POLITIQUE MEDICALE

Les principes fondamentaux du système de soins hospitaliers dans les « nouveaux » Länder de l'Est<sup>8</sup> ont

<sup>8</sup> 13 positions de principe pour le futur système d'approvisionnement de l'hôpital dans la RDA (1990), Maison d'édition hôpital, Ltd allemande, Düsseldorf, 1990 (en allemand).



été formulés en mai 1990. Entre autres il s'agissait de garantir à toute la population de ces Länder un accès à des hôpitaux assurant un accueil respectueux, satisfaisant les besoins, productifs, assurés économiquement et financièrement, et dirigés d'une façon autonome. Pour que l'approvisionnement des hôpitaux soit efficace, il fallait garantir la pluralité des responsabilités (c'est-à-dire, la privatisation). En même temps, les « nouveaux » Länder devaient pouvoir planifier et gérer de façon autonome leur secteur santé. La planification et les règles d'investissement édictées par les Länder pour le secteur hospitalier ne devaient pas nuire à l'autonomie de gestion et à la pluralité des formes de propriété des hôpitaux.

Après la réunification on n'a pas cherché à installer au niveau fédéral un système social nouveau ou profondément réformé. C'était à ex-RDA de procéder à un changement radical et très rapide. Dans ces conditions il fallait assurer une transition coordonnée à un système de gestion décentralisé et de financement concurrentiel dans les hôpitaux des Länder de l'Est, ce qui n'a pas été une tâche facile. D'autres cibles apparaissent vers l'an 2000 : l'efficacité, la recherche de l'équilibre entre la qualité et le coût, et l'implication des patients. Puis, à partir de 2005 à ces objectifs se griffent ceux de la qualité des services hospitaliers initiés par le gouvernement fédéral et adressées à tous les hôpitaux. Cette réflexion conduit à distinguer deux dimensions du problème. D'une part, il est proposé de définir les concepts ou ce qui peut être considéré comme indicateur de qualité, et d'autre part, de préciser comment ceux-ci doivent en théorie être évalués.

Le collectif de soignants d'un hôpital est exposé aux trois principes : l'exigence d'une qualité qui doit associer les connaissances médicales à une excellente capacité rationnelle – impératif inconditionné, principe moral; la conscience qu'un patient fait partie d'une communauté et la réflexion sur la signification de la souffrance et la mort – les hypothèses qui imposent les types d'action, principes éthiques. Le conflit est souvent repéré entre la volonté de bienfaisance face à l'individu, qui s'exprime par l'utilisation de toutes les compétences pour le bien du patient ; le respect des représentations de valeurs du patient, sa vulnérabilité ; et le souci du moral sociale, c'est à dire le respect de la justice.

Concernant les patients en fin de vie, la réflexion éthique n'est pas très poussée dans les facultés allemandes, entre autre à cause du passé nazi conservé dans la mémoire collective, notamment lorsque la politique de l'euthanasie fut appliquée pour les personnes atteintes de maladies mentales et dégénératives.

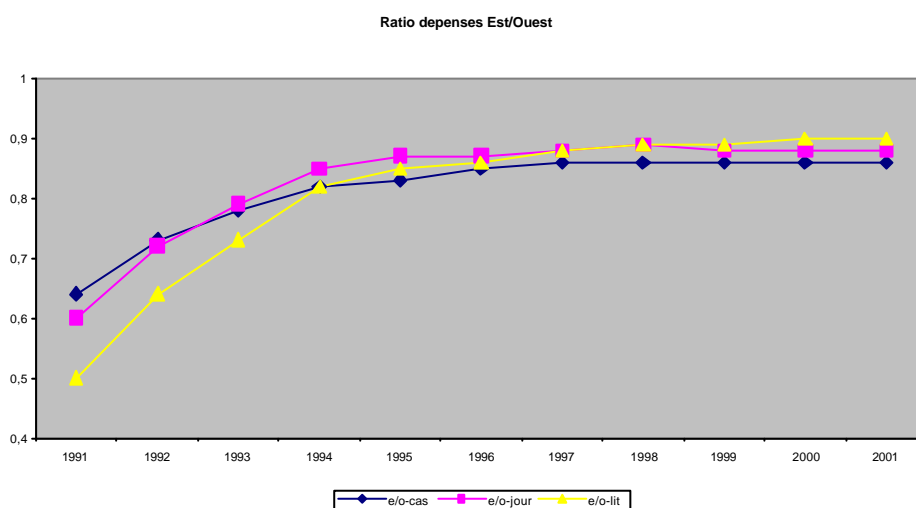
Le principe d'adaptation au système des « anciens » Länder a motivé d'autres réformes durant les années 1990. La loi de 1999 sur l'assurance maladie obligatoire, mise en application à partir de 2001 sur tout le territoire allemand a instauré une structure commune de compensation des risques. Ce mécanisme de standardisation a nécessité une augmentation des transferts de ressources financières des Länder de l'Ouest vers ceux de l'Est et un élargissement de la base du revenu dans les Länder de l'Est. Ce dernier fut réalisé grâce à une série de modifications : premièrement, par l'ajustement des seuils de contributions, deuxièmement, par l'introduction des règles d'adhésion obligatoire et, troisièmement, par l'exonération du co-paiement, en s'alignant aux niveaux en vigueur dans les Länder de l'Ouest. Ces mesures avaient pour but la réduction des taux trop élevés de contribution à l'assurance maladie dans les Länder de l'Est.

En ce qui concerne les hôpitaux, il s'agit de réduire le rythme de croissance des dépenses. On distingue les différentes périodes, marquées chacune par une règle de définition du montant du budget de l'hôpital.

Entre 1982 et 1992, les budgets, obtenus à l'issue des négociations, devaient couvrir toutes les dépenses. Ce principe signifiait que toutes les factures présentées par l'hôpital et acceptées par les partenaires devaient

être acquittées. A cette époque, les fonds salariaux sont réajustés rétrospectivement à l'issue des négociations au niveau des Länder. Ils sont calculés pour chaque hôpital en fonction des *per-diem*, c'est-à-dire en fonction des dépenses liées à l'activité, avec l'unité de compte suivante : le nombre lit par jour et par médecin. Les hôpitaux de l'Est ont fonctionné selon cette règle pendant quelques mois seulement. L'Acte *Structure des soins* de 1993, est la première loi importante en faveur de la limitation des dépenses dans le secteur hospitalier. Le principe d'indemnisation de toutes les dépenses est supprimé. Le budget de l'hôpital se définit à partir des dépenses historiquement constituées et son augmentation est plafonnée par le taux de croissance du salaire moyen du Land. Ainsi, le budget fixé ne tient pas compte des besoins objectivement exprimés. Les budgets « historiquement constitués » des hôpitaux des « nouveaux » Länder ont été très inférieurs à ceux de l'Ouest, et la loi 1993 les gelait à leur niveau relativement bas. Le rattrapage des ratios de dépenses et leur stabilisation au niveau de 90% environ de ceux des hôpitaux des « anciens » Länder s'est produit vers 1994 (voir le graphique 2).

Graphique 2. Ratio Est/Ouest de dépenses par lit d'hôpital, par jour d'hospitalisation et par cas de traitement



Depuis 1993 le secteur hospitalier s'est modifié considérablement du fait de l'introduction de budgets fixés, d'acceptation de déficits et de bénéfices dans les budgets et d'introduction de méthodes de provision prospective. Une partie des coûts *per-diem* correspondait au coût du fonctionnement de l'hôpital et aux dépenses médicales spécifiques de ses départements : actes d'interventions, services d'infirmerie et de pharmacie. Une deuxième partie, devenue obligatoire après 1996, correspondait aux honoraires monétaires de ce qu'on appelle « des épisodes de traitement » (Berndt et alii, 1998), couvrant toutes les dépenses pendant le séjour du patient à l'hôpital. Les honoraires des procédures ont été fixés exclusivement pour les interventions, et dans chaque cas de traitement plusieurs honoraires procéduraux pouvaient être remboursés. C'est à dire que le chirurgien pouvait programmer, par exemple, la réalisation d'une opération en trois temps (ce qui correspond à trois cas d'intervention) et être payé pour chacune d'elles. Ce principe de paiement fut supprimé depuis, car ce type de procédé était néfaste pour la santé du patient. Il incitait à multiplier les périodes d'hospitalisation et à augmenter la fréquence du recours à l'anesthésie.

En janvier 2004, on introduisit un nouveau système de financement des dépenses récurrentes des hôpitaux,

le système s'inspirant du modèle australien de GHM (Groupes Homogènes de Maladies). On considère des groupes homogènes de malades (GHM) en tant qu'objets de soins. Cette pratique correspond à l'état actuel de la médecine qui est qu'en cas de maladie, on établit un diagnostic, et, en fonction de celui-ci et du pronostic, on choisit un traitement. Les classes sont définies en fonction des diagnostics et des caractéristiques des patients, auxquels on associe des traitements- types et des évolutions des volumes et/ou des coûts de ces traitements pour chaque groupe.

Ces transformations organisationnelles changent progressivement la pratique médicale, la géométrie des soins, les relations entre les patients et les fournisseurs de soins, ainsi que le mode de combinaison des techniques et services dans le processus de traitement. Une révision permanente des groupes, des soins et de coûts, une informatisation accrue, s'appuyant sur les systèmes d'aides à la décision, et une communication rapide entre tous les partenaires peuvent assurer le processus évolutif du consensus entre médecin, politicien, patient et payeur. D'habitude, des différentes moyennes résumant les résultats de traitement sont estimées pour chaque groupe homogène afin d'être utilisées dans un contrôle des dépenses, une standardisation des processus de traitements et une différenciation des tarifs pour une meilleure péréquation.

Les situations dans lesquelles les évaluations économiques en liaison avec les classifications des malades peuvent être utiles sont nombreuses :

La comparaison des traitements médicaux et des états de santé en termes de dépenses et de ressources. Avec cet outil, on peut essayer de comparer l'efficacité des différents programmes de santé pour un même budget. Il est également possible, à travers les comparaisons, d'établir le prix de « l'efficacité », c'est à dire le coût minimal nécessaire pour prolonger l'espérance de vie à un diagnostic donné.

La méthodologie basée sur les GHM peut servir dans la politique d'amélioration de la qualité des services de santé. La qualité du processus s'apprécie en comparaison avec les soins dispensés usuellement aux groupes de malades donnés. Pour juger de la qualité des résultats, on peut prendre en compte des évaluations subjectives par des patients, leur consentement à payer, et des indicateurs statistiques des issues de soins pour les groupes homogènes de malades.

A l'hôpital Paul Gerhardt avant 2006 on pratiquait le mixage dans la valorisation de l'activité. Les honoraires *per dim* s'appliquaient dans la majorité des cliniques et la tarification au prorata des procédures (des cas) dans d'autres et dans la clinique de chirurgie en particulier. Le financement au prorata des cas de traitements poussait l'hôpital à choisir les risques les mieux rémunérés. En revanche, le mixage des deux méthodes s'est avéré inefficace du point de vue sociétal parce que l'hôpital pouvait réaliser la péréquation de ses dépenses entre des activités ayant des méthodes de valorisation différentes.

Chaque hôpital fixe les objectifs de son activité pour l'année à venir et ce volume d'activité est effectivement rémunéré à la fin de la période, ou le volume réellement réalisé s'il est au-dessous de la prévision. Par contre, un hôpital perd de l'argent s'il y a dépassement par rapport à la prévision.

L'hôpital Paul Gerhardt a perdu beaucoup d'argent en 2005 du fait de l'excédent de son activité durant cette année. L'explication est la suivante. Pour l'année 2004, les prévisions ont été faites, comme d'habitude, à partir du constat d'admission des malades en 2003. A ce moment, on a introduit en Allemagne la règle de la

prise en charge des services d'hôtellerie par les patients au niveau de 10 euros par jour, ce qui a provoqué la diminution conjoncturelle du flux d'entrée à l'hôpital pendant un an. Les médecins de ville ont moins dirigé de malades vers les hôpitaux, tandis que les urgences les amenaient avec les mêmes flux tendus. Ces flux par les urgences n'ont pas alerté la direction de l'hôpital et les prévisions pour 2005 ont été faites avec un scénario à la baisse de fréquentation de l'hôpital par les patients, vu les résultats d'ensemble de 2004. En fait, il y a eu le rattrapage de flux en 2005, car la majoration des prix d'hôtellerie n'a pas diminué la nécessité d'être soigné dans un hôpital, et le surplus d'activité. Selon la règle en vigueur, l'hôpital n'a pas été rémunéré pour les services correspondant à ce surplus.

Le coefficient relatif de chaque groupe (GHM) est défini au niveau national après l'estimation de la moyenne des coûts de traitement. Le point de repère présente le coût moyen de traitement de l'appendicite, auquel est attribué la valeur 1. L'indice spécifique de chaque hôpital (case-mix) peut être estimé et il est égal à la somme de tous les coefficients divisée par le nombre de cas. En 2005, l'indice de l'hôpital Paul Gerhardt a été 1,09, indiquant l'intensité de complexité des cas traités supérieur à la moyenne. Ce fait est bien appréciable pour le budget. L'honoraire pour chaque case-mix dans le Land est calculé en mélangeant les tarifs nationaux moyens et les dépenses constatées dans les hôpitaux de la région. En 2005, on se basait pour les estimer sur 15 à 30 groupes en moyenne; en 2006, leur nombre devait augmenter à 55-65 et ainsi de suite. Si en 2004, l'honoraire moyen de base en Allemagne valait 2 593 euros par cas de traitement et variait entre 1 000 et 4 000 euros, l'honoraire moyen de l'hôpital Paul Gerhardt (en 2005) était de 2 054 euros.

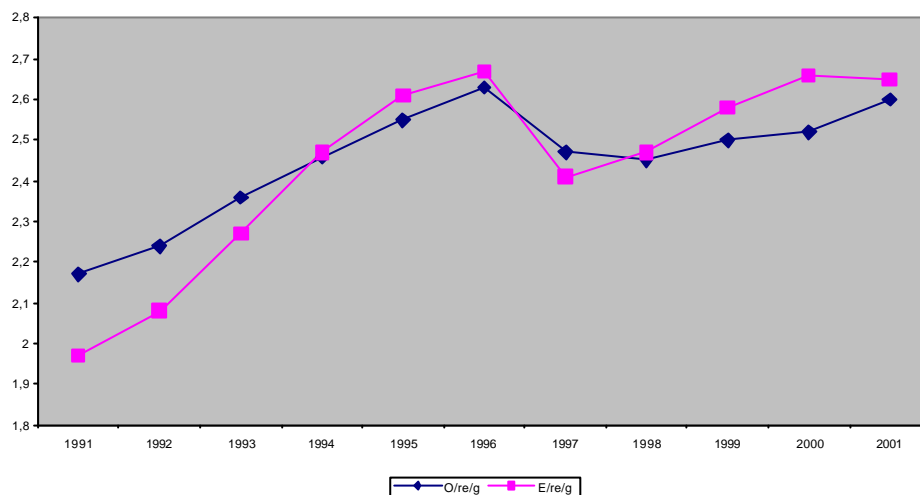
### *Les effets démographiques*

L'Allemagne est confrontée comme tous les pays à haut niveau de vie à la progression continue de la demande de santé. Les principales raisons de cette progression et de l'accroissement des dépenses qui l'accompagne sont : le vieillissement de la population, la prise en charge par la société des pathologies chroniques et le progrès en médecine, qui stimule la consommation de médicaments et de services médicaux. L'impact économique du changement de la structure démographique sur les dépenses hospitalières doit être analysé en tenant compte de deux processus : l'effet du vieillissement de la population, qui est considéré comme relativement réduit, et l'effet du comportement par rapport à la consommation médicale, qui est plus important que le premier et qui porte les traces culturelles de la génération et du milieu d'origine (Peaucelle, (2004)).

Pour un hôpital qui gère des maisons de retraite et/ou des départements de soins de longue durée, la répartition des charges générales pose des problèmes spécifiques par rapport aux hôpitaux de soins intensifs. Les coûts remboursés peuvent être inférieurs aux coûts réels des prestations fournies ; de ce fait, l'hôpital peut être amené à supporter indûment des charges qui ne sont pas directement liées aux soins médicaux : des charges liées aux séjours des personnes âgées, handicapées ou socialement marginales.

Le nombre de lits d'hôpital en gériatrie a doublé entre 1991 et 2001 et l'accélération s'est produite après la réforme de 1995. Les hôpitaux spécialisés en prévention et en réhabilitation ont connu un essor considérable sur la même période dans les « nouveaux » Länder.

Graphique 3: Évolution du nombre de lits pour 1000 habitants dans les hôpitaux spécialisés en prévention et réhabilitation dans les Länder de l'Est et de l'Ouest, entre 1991 et 2001



Où le ratio - re/g – nombre de lits dans les hôpitaux spécialisés par rapport au nombre de lits dans les hôpitaux généraux.

Si la durée de séjour des patients s'est raccourcie dans tous les types d'hôpitaux, comparé au séjour dans un hôpital généraliste, le séjour en hôpital spécialisé en réhabilitation a tendance à se prolonger avec une cassure assez brutale en 1997 dans les deux parties de l'Allemagne (graphique 3). Cette tendance est plus prononcée dans les Länder de l'Est pour plusieurs raisons, parmi lesquelles : l'accroissement de la précarité et du vieillissement de la population résidant dans ces régions, la suppression pendant dix ans de la structure de soins médicaux par les polycliniques répandus ici avant la réunification et l'accroissement du nombre d'hôpitaux privés, qui sont spécialisés habituellement en soins de réhabilitation.

## CONCLUSION

Pour conclure notre analyse sur l'évolution du domaine hospitalier, nous constaterons que les transformations légiférées dans une certaine précipitation ont empêché d'assimiler dès le départ certains traits du système de santé de l'Allemagne de l'Est auxquels on est contraint de revenir. Ce retour est impulsé par l'opinion publique qui désapprouve les politiques des gouvernements successifs et celle de la santé, en particulier.

Les dépenses publiques de santé ont considérablement accru dans les « nouveaux » Länder, en assurant la modernisation de l'infrastructure hospitalière. Ceci est en grande partie le résultat des transferts provenant des « anciens » Länder. Nous constaterons aussi que ces transferts financiers ont accompagné l'implantation

de médecins et de gestionnaires venus des régions de l'Ouest. La haute technologie médicale acquise par les hôpitaux est produite dans ces mêmes régions. On peut déduire que la modernisation du secteur hospitalier à l'Est a servi à retarder la récession économique de l'Ouest. Les « nouveaux » Länder se désindustrialisent, mais les services hautement qualifiés de santé ne prennent pas le relais dans le processus de production et on assiste à l'effondrement de l'emploi. Le nombre de lits d'hôpital chute. La durée de vie s'allonge, mais le taux de naissance reste catastrophiquement faible. La couverture universelle de santé n'est plus assurée.

### **Bibliographie**

Berndt, E., Cutler, D., Frank, R., Griliches, Z., Newhouse, J. (1998) "Price Indexes for Medical Care Goods and Services: an overview of measurement issues", NBER, W.P. n°6817

Busse, R., Riesberg, A. (2004) *Health Care Systems in Transition. Germany*, Copenhagen, WHO, the European Observatory on Health Systems and Policies.

Davies, S., Hallet, M. (2001) *Policy responses to regional unemployment: Lessons from Germany, Spain and Italy* European, Commission, Economic papers, n° 161.

McKee, M., Healy, J. (2002) *Hospitals in a changing Europe*, Open University Press

Peaucelle, I. (2001) *Economie et santé : où en est la Russie*, Couverture Orange du CEPREMAP, n°2001-5.